



TRABAJO FIN DE GRADO

Paula Ciudad Pinto

Facultad de Odontología
Universidad Complutense de Madrid
2018-2019

Tutorizado por Dr. Carlos Prados Hernández

ÍNDICE

1.	MEMORIA DE ACTIVIDADES	7
1.1.	Certificado académico	9
1.2.	Valoración reflexiva	13
1.3.	Memoria de Actividades clínicas	15
1.4.	Credencial Erasmus	21
2.	CASO CLÍNICO	23
2.1.	Visto bueno del tutor	25
2.2.	Consentimiento informado para el uso del caso y fotografías.....	27
2.3.	Descripción del caso	29
2.4.	Anamnesis y exploración	31
2.5.	Diagnóstico	45
2.6.	Plan de tratamiento	47
2.7.	Secuencia terapéutica	48
2.8.	Secuencia de citas	64
2.9.	Cuestiones pendientes	64
2.10.	Bibliografía	65
3.	AGRADECIMIENTOS.....	69
4.	ANEXO	73



1. MEMORIA DE ACTIVIDADES

1.1. CERTIFICADO ACADÉMICO

1.2. VALORACIÓN REFLEXIVA

He crecido rodeada de libros de dientes, jugando con alginato, escayola, con bisturís en el bote de lápices y microscopios; sería raro que mi vocación no fuese la odontología.

Hace casi 5 años tomé la decisión más acertada de mi vida, dejando atrás otras opciones, como mi otra pasión, la música. Pero si alguien me pregunta a día de hoy que decisión volvería a escoger en esa semana tras la temida selectividad, sería, sin duda, otra vez, esta carrera. Realizar el grado en esta casa, donde estudió mi padre, fue mi objetivo desde que supe que quería ser odontóloga y, aunque no era una meta fácil, debido a que en esos años estaba terminando el conservatorio, sabía que iba a merecer la pena el esfuerzo extra.

Habiendo pasado más de un cuarto de mi vida entre los muros de esta casa, he tenido la suerte de conocer a profesores excepcionales, con una dedicación y amor a la profesión dignos de admirar, la pasión por la investigación, a pensar en micras y a que un 7, en verdad es un aprobado justito, porque los pacientes no merecen menos que a un profesional sobresaliente.

Aquí he conocido las bases de una ciencia, que exige una dedicación completa y actualización constante, y he obtenido el interés de, ya para siempre, seguir aprendiendo. Que el dicho de “el trabajo hace al maestro” es el más importante en odontología, porque, aunque no te salga a la primera, siempre estará ese “por favor, intente de nuevo” en la entrada de todas las puertas de nuestra vida.

De primera mano sé que la universidad no son solo clases, sino también ideas, proyectos y opiniones, porque los alumnos hacemos la facultad, nuestra opinión tiene un gran peso en las Juntas y conozco la responsabilidad que supone, dentro de la Comisión Permanente, representar a los alumnos en las decisiones de última hora.

Además, qué sería de mi vida ahora mismo sin el agobio de llamar a los comerciales, diseñar los carteles o formar parte de la organización de un congreso, y quedarme sin la satisfacción de “y esto lo hemos hecho nosotros”.

Hace casi 5 años, no hubiese imaginado que esta facultad me permitiría cruzar el charco, pudiendo realizar un intercambio en UPenn y también conocer los secretos de la pasta y la pizza en Milano, pero no solo son americanos, italianos o personas de cualquier rincón del mundo los que se han convertido en mis amigos, sino que también me llevo una visión de 360 grados, diferentes técnicas, diferentes culturas, etc., siempre con el mismo objetivo, la salud de los pacientes. Ahora sé que ni solo existe Madrid, ni cualquier parte del mundo está tan lejos.

Hace casi 5 años, no tenía los amigos que hoy tengo, sus risas y cariño; ahora soy parte de una familia que espero me acompañe siempre. Ellos han marcado sin duda la etapa más bonita de mi vida.

Hace casi 5 años, una niña que tenía una mano adiestrada a la viola y a un arco no se hubiera imaginado que eso le ayudaría a conectar con los pacientes; que la carrera le permitiría seguir tocando en la orquesta de su universidad y otras muchas más; y a tocar para el Rector, Decano profesores y alumnos.

Hace casi 5 años, tomé la decisión más acertada de mi vida y hoy volvería a hacerlo.

1.3. MEMORIA DE ACTIVIDADES

TRATAMIENTO	AREA	ESTADO	NO TA	N.PACIE NTE	AUT_POR	CALIF_POR	FECHA_AUT ORIZACION
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	8	1661617	AMOLINA	AMOLINA	03-may-16
Profilaxis profesional	ALL	Completado	8	1661617	AMOLINA	AMOLINA	03-may-16
Instrucciones y motivación en higiene oral en adultos	NONE	Completado	8	1661617	AMOLINA	AMOLINA	03-may-16
Revisión general infantil	ALL	Completado	NC	1129638	GSAAVE DRA		31-oct-17
Profilaxis profesional	ALL	Completado	7	1238542	GSAAVE DRA	CGONZAL EZ	07-nov-17
Revisión general infantil	ALL	Completado	8	1238542	GSAAVE DRA	GSAAVED RA	07-nov-17
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	6	211049	MINIESTA	MINIESTA	08-nov-17
Terapéutica periodontal de mantenimiento	ALL	Completado	NC	211049	MINIESTA		08-nov-17
Instrucciones y motivación en higiene oral en adultos	NONE	Completado	NC	211049	MINIESTA		08-nov-17
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	8	1765442	BALONS O	BALONSO	15-nov-17
Revisión general infantil	ALL	Completado	NC	1765596	NGALLAR DO		21-nov-17
Raspado radicular (por cuadrante)	UL	Completado	7	1765442	BALONS O	BALONSO	22-nov-17
Raspado radicular (por cuadrante)	UR	Completado	6	1765442	BALONS O	MINIESTA	22-nov-17
Raspado radicular (por cuadrante)	LL	Completado	8	1765442	BALONS O	JSANZ2	22-nov-17
Raspado radicular (por cuadrante)	LR	Completado	NC	1765442	BALONS O		22-nov-17
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	8	1664687	MINIESTA	MINIESTA	23-nov-17

Instrucciones y motivación en higiene oral en adultos	NONE	Completado	8	1664687	MINIESTA	MINIESTA	23-nov-17
Profilaxis profesional	ALL	Completado	NC	1769418	EBRATOS		27-nov-17
Obturación compuesta (dos caras)	14	Completado	NC	1769418	AGOMEZ		27-nov-17
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	23	Completado	NC	1769418	SDF080		27-nov-17
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	24	Completado	NC	1769418	SDF080		27-nov-17
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	25	Completado	NC	1769418	SDF080		27-nov-17
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	26	Completado	NC	1769418	SDF080		27-nov-17
Obturación simple (una cara)	36	Completado	NC	810881	RNEVADO		25-ene-18
Exploración-Diagnóstico, plan de tratamiento	NONE	Completado	NC	1559356	NGALLARDO		06-feb-18
Aplicación tópica de flúor (por sesión)	ALL	Completado	NC	1559356	NGALLARDO		06-feb-18
Raspado radicular (por cuadrante)	MANDI	Completado	9	1766764	BALONSO	BALONSO	07-feb-18
Raspado radicular (por cuadrante)	MAXI	Completado	9	1766764	BALONSO		07-feb-18
Selladores de puntos y fisuras (por diente)	17	Completado	NC	1342326	JNOVA		20-feb-18
Selladores de puntos y fisuras (por diente)	27	Completado	NC	1342326	JNOVA		20-feb-18
Selladores de puntos y fisuras (por diente)	47	Completado	NC	1342326	JNOVA		20-feb-18
Selladores de puntos y fisuras (por diente)	37	Completado	NC	1342326	JNOVA		20-feb-18
Revisión general infantil	ALL	Completado	NC	1342326	JNOVA		20-feb-18
Exodoncia simple	17	Completado	8	1765442	IFERNANDEZ	JTG118	21-feb-18

Exodoncia simple	28	Completado	8	1765442	IFERNANDEZ	JTG118	21-feb-18
Prótesis parcial removable acrílica (por arcada)	ALL	Completado	NC	1767449	RCASTILLO		28-feb-18
Exodoncia simple	27	Completado	NC	1767449	RCASTILLO		28-feb-18
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	8	515729	BALONSO	BALONSO	07-mar-18
Instrucciones y motivación en higiene oral en adultos	NONE	Completado	NC	1767449	BALONSO		14-mar-18
Raspado radicular (por cuadrante)	MANDI	Completado	NC	1767449	BALONSO		14-mar-18
Raspado radicular (por cuadrante)	MAXI	Completado	8	1767449	BALONSO	JTG118	14-mar-18
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	NC	1767449	BALONSO		14-mar-18
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	8	1766764	BALONSO	BALONSO	14-mar-18
Diagnóstico y plan de tratamiento en Periodoncia	NONE	Completado	8	1766418	MINIESTA	MINIESTA	15-mar-18
Obturación simple (una cara)	16	Completado	NC	515729	RNEVADO		22-mar-18
Obturación compuesta (dos caras)	16	Completado	NC	1345861	DRUBIO1		09-abr-18
Implante osteointegrado: colocación	15	Completado	NC	1769418	IFERNANDEZ		16-abr-18
Re-evaluación periodontal	ALL	Completado	9	1767449	BALONSO	BALONSO	16-may-18
Exodoncia simple	17	Completado	8	1871681	ILECO	HMORENO	31-ene-19
Tratamiento de conductos radiculares (3 o más conductos)	16	Completado	NC	719833	DMARTIN		06-feb-19
Obturación simple (una cara)	11	Completado	NC	9701914	ASARALEGUI		11-feb-19
Obturación simple (una cara)	25	Completado	NC	9701914	ASARALEGUI		11-feb-19

Exodoncia simple	18	Completado	8	1871681	HMOREN O	HMOREN O	07-feb-19
Exodoncia simple	36	Completado	9	616952	JTG118	JTG118	21-mar-19
Poste prefabricado	15	Completado	NC	1870347	CPRADO S		05-abr-19
Poste prefabricado	25	Completado	NC	1870347	CPRADO S		05-abr-19
Obturación compuesta (dos caras)	47	Completado	NC	1662200	MPEÑA		09-may-19
Obturación simple (una cara)	14	Completado	NC	1769283	ASARALE GUI		28-mar-19
Obturación simple (una cara)	15	Completado	NC	1769283	ASARALE GUI		28-mar-19
Profilaxis profesional	ALL	Completado	9	810100	VGARCIA 2	VGARCIA2	20-mar-19
Exodoncia simple	85	Completado	9	1765954	CGONZA LEZ	CGONZAL EZ	19-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	23	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	23	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	24	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	24	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	25	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	25	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	26	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Corona o pónico metal-cerámica dentosoportado	26	Completado	NC	1769418	BSERRA NO		20-mar-19
Obturación simple (una cara)	23	Completado	NC	1662200	MPEÑA		09-may-19

Prótesis parcial removible acrílica (por arcada)	ALL	Completado	NC	1765335	CSANZ		13-may-19
Poste prefabricado	44	Completado	NC	1765335	CPRADO S		05-abr-19
Poste prefabricado	35	Completado	NC	1765335	CPRADO S		05-abr-19
Obturación compuesta (dos caras)	44	Completado	NC	1765335	CPRADO S		05-abr-19
Obturación compuesta (dos caras)	35	Completado	NC	1765335	CPRADO S		05-abr-19
Incrustación cerámica	15	Completado	NC	1870347	CPRADO S		05-abr-19
Incrustación cerámica	25	Completado	NC	1870347	CPRADO S		05-abr-19
Raspado radicular (por cuadrante)	MANDI	Completado	9	1871681	VGARCIA 2	CMADRIG AL	10-abr-19
Raspado radicular (por cuadrante)	MAXI	Completado	9	1871681	VGARCIA 2	CMADRIG AL	10-abr-19

1.4. CREDENCIAL ERASMUS+



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Cofinanciado por el
programa Erasmus+
de la Unión Europea



JUANA AMORÓS, RESPONSIBLE FOR EUROPEAN PROGRAMMES AT THE INTERNATIONAL RELATIONS OFFICE OF UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

ACKNOWLEDGES:

That PAULA CIDAD PINTO, student in the Facultad de Odontología, was selected in the context of the ERASMUS SMS programme, as exchange student, for the academic year **2018/19** to attend the **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO I MILANO01**.

For an estimated stay period of: 5,00 months from 25/09/2018

The foreseen exchange accomplishes the requirements for studies leading to an Official Degree

In Madrid, 03 July 2018.

A handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains the text 'SECRETARÍA DE RELACIONES INTERNACIONALES' around the perimeter and the university's coat of arms in the center.



2. CASO CLÍNICO

2.1 Visto bueno del tutor

	UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Facultad de Odontología
TRABAJO DE FIN DE GRADO	
VISTO BUENO DEL TUTOR	

El profesor/a tutor

Nombre y apellidos:	C A R L O S P R A D O S H E R N Á N D E Z
---------------------	---

del alumno/a

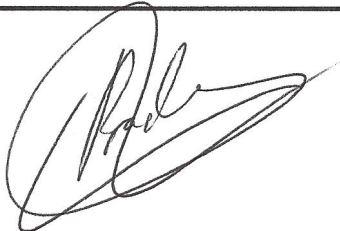
Nombre y apellidos	P A U L A C I D A D P I N T O
--------------------	-----------------------------------

DA EL VISTO BUENO

para que su Trabajo de Fin de Grado sea admitido para su defensa ante Tribunal.

En Madrid, a 22 de Mayo de 2019.

Fdo: el profesor/a



2.2 Consentimiento informado uso y fotografías



Curso 5º de Grado en Odontología
CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con

DNI _____, **autorizo** al estudiante PAULA CIUDAD PINTO

de 5º curso de Grado en Odontología de la Universidad Complutense de Madrid a incluir en su trabajo final de grado, en las publicaciones en Revistas Científicas y Eprints, con motivos académicos, los registros y pruebas médicas complementarias anonimizados realizados en el tratamiento del paciente durante el curso 2018-2019. En ningún caso, aparecerán datos personales del paciente y solo se utilizarán datos clínicos.

En Madrid, a 10 de MAYO de 2018

Firma

Mediante el presente documento se cumple con el deber de información legal estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal y con su firma otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba expuestos.

2.3 Presentación del caso

S. V. P acude a la clínica de la asignatura de Terapéutica Dental Compleja como derivación de la clínica del Máster de Endodoncia de esta Facultad, después de haber sido realizados dos retratamientos de conductos en los segundos premolares maxilares.

Es una paciente comprometida pero con escaso tiempo disponible debido a su trabajo.

Motivo de consulta: “ Tengo que reconstruirme dos dientes sobre los que me han hecho dos reendodoncias”

2.4 Anamnesis y exploración

ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA

La paciente S. V. P, mujer de 50 años, acude a la clínica de esta casa por recomendación.

Sus prioridades son salud, función y estética. Además comenta que no ha tenido experiencias desagradables en clínica dental.

La paciente en todo momento se muestra receptiva, confiada y colabora en todo el proceso diagnóstico y terapéutico.

1. **Motivo de consulta:** “Me han realizado dos endodoncias en el máster y hay que reconstruirlas”.
2. **Historia médica:**
 - Enfermedad pasada: intervención quirúrgica por amigdalitis y túnel carpiano.
 - Enfermedad actual: no refiere.
 - Alergias: amoxicilina.
 - Farmacología: no refiere.
 - Antecedentes familiares: no refiere.
 - Hábitos nocivos: no refiere.
3. **Historia odontológica:**
 - Tratamientos previos: obturaciones en 2.6, 3.6 y 4.7, dos retratamientos de conductos en 1.5 y 2.5, exodoncia del 1.6.
 - Última profilaxis: realizada en junio de 2018.
 - Última visita al dentista: en enero de 2019, visita a la clínica de máster.
 - Técnicas de higiene: usa cepillo manual, con técnica horizontal, 3 veces al día.
 - *Comentarios de la paciente:* nos comenta y justifica su estado actual oral debido a la enfermedad que ha padecido su madre estos últimos tres años, que le ha obligado a descuidar su boca.

EXPLORACIÓN EXTRAORAL

- *Exploración frontal*



Imagen 1-3. De izquierda a derecha: *frontal reposo, contacto y sonrisa*

- Morfología facial: ovalada. (Img 4)
- Simetría facial: correcta. (Img 5)
- Tercios faciales: desproporcionados, el tercio inferior está ligeramente aumentado.
- Sellado labial: presenta competencia labial, sin contracción de la borla del mentón.(Img10).
- Análisis del tercio inferior en sellado: tercio inferior está en proporción 1/3 superior y 2/3 inferior.



Imagen 4: *morfología facial*

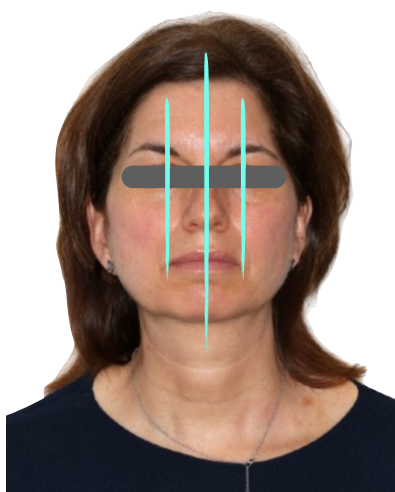


Imagen 5: *simetría facial*

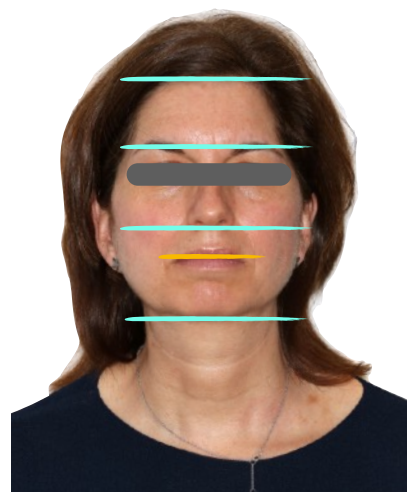


Imagen 6: *tercios faciales*

En cuanto a la ***exploración frontal de sonrisa*** observamos:

- Línea media facial coincidente con la línea interincisiva superior e inferior ligeramente desviada a la derecha (0,5 mm). (Img 7)
- Línea interpupilar es paralela a la línea que trazan los bordes de los incisivos superiores. (Img 8)
- Presenta ligera asimetría: eleva más la comisura izquierda.

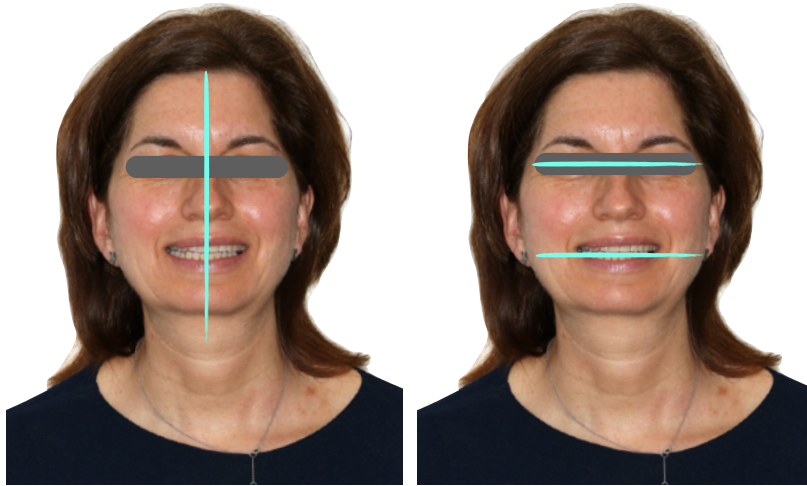


Imagen 7 y 8: *línea interincisal- media y interpupilar-incisiva*

Al realizar un ***análisis del tercio inferior reposo, sellado y sonrisa:***

- Se observan labios de grosor medio, de sellado competente, sin contracción de la borla del mentón. (Img 10) .
- La longitud del labio superior es de 20 mm (en norma) desde subnasal hasta la línea inferior del labio superior. (Img 6)
- Exposición incisal: *en reposo* inexistente en incisivos superiores, exposición 3 mm incisivos inferiores; *en sonrisa* exposición incisal superior e inferior de 3 mm. (Img 9-11)
- Movilidad labial: disminuida, equivalente a 3 mm (distancia que recorre el labio superior de reposo a sonrisa, la norma en el sexo femenino es de 6-8 mm). (Img 10-11)
- Línea incisal: recta, sin contacto del labio inferior. (Img 11)
- Sonrisa amplia con exposición de 1.5 a 2.6, sin corredores bucales. (Img 11)



Imagen 9, 10 y 11. De izquierda a derecha: *frontal reposo, contacto y sonrisa*

- *Extraoral de perfil*



Imagen 12,13 y 14: *de izquierda a derecha: reposo, perfil sellado y sonrisa*

En el *análisis extraoral de perfil* se observa (Img 15-17)

- Morfología del perfil: convexo y patrón mesofacial.
- Tercios faciales: desproporcionados, inferior ligeramente aumentado.
- Ángulo nasolabial: 105°, en norma.
- Ángulo mentolabial: 115°, en norma.
- Sellado labial: competente.
- Estética labial, con respecto a la perpendicular a subnasale: labio superior en norma, inferior ligeramente retruido a -1 mm.



Imagen 15,16 y 17: de izquierda a derecha: reposo, perfil sellado y sonrisa

- *Extraoral 3/4*



Imagen 18, 19 y 20: de izquierda a derecha: reposo, perfil sellado y sonrisa

En el **análisis 3/4**: buena proyección del malar, no hay nada que añadir a lo ya comentado.
(Img 18-20)

Por último se realiza una **exploración de la ATM**, pero no muestra ruidos, desviaciones ni patología, además el músculo masetero y temporal al palparlos tampoco muestran hipertonicidad ni patología.

EXPLORACIÓN INTRAORAL

- *Análisis de tejidos blandos:*

Posee una encía de color rosa y periodonto de biotipo fino.

En la exploración de mucosas de vestíbulos, paladar, suelo de boca y lengua se observa todo en norma a excepción de una pequeña lesión erosiva a nivel del 1.4-1.5 por vestibular a dos milímetros del margen gingival, de forma irregular, de 8 milímetros de largo por 2 de ancho, de bordes queratinizados y fondo eritematoso.

- *Análisis dental y oclusal*

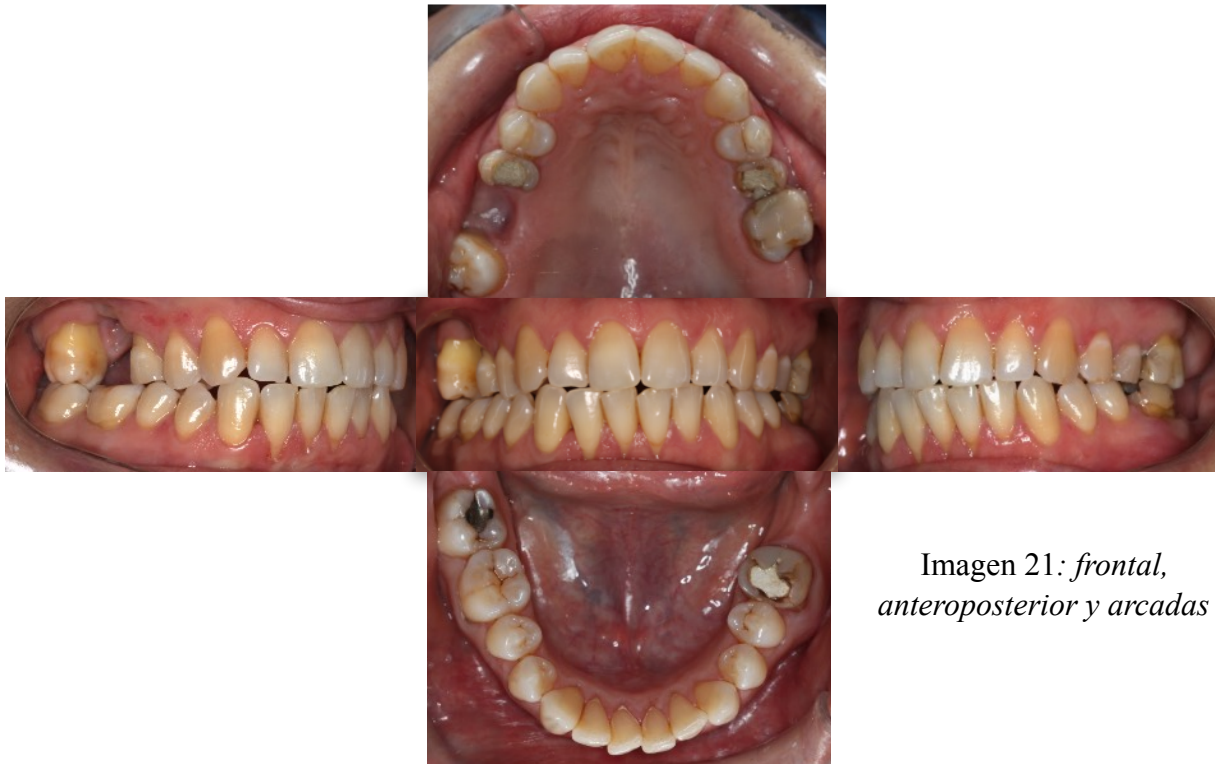


Imagen 21: *frontal, anteroposterior y arcadas*

En la exploración intraoral podemos observar que la paciente posee una dentición permanente completa con ausencia de algunas piezas, 1.6, 2.7, 3.7, y no tiene presencia de cordales.

En el *plano frontal y transversal* podemos observar que la línea interincisiva superior es coincidente con la inferior, aunque esta última está ligeramente inclinada a la derecha 0,5 mm. Además la paciente ocluye borde a borde, por tanto sobremordida inexistente.



Imagen 22: *relación intermaxilar visión frontal*

En el ***plano sagital*** se observa clase molar derecha no valorable por la ausencia del 1.6, clase molar III izquierda, Clase canina III bilateral, y resalte inexistente.



Imagen 23 : *relación intermaxilar lateral (derecha e izquierda)*

En el **análisis de las arcadas y exploración oclusal**, observamos una forma parabólica tanto en arcada superior como inferior, las líneas medias están centradas, ambas son simétricas y poseen malposiciones en la mayoría de las piezas. Podemos observar también que en el 1.5 y 2.5 hay gran pérdida de la estructura dentaria, además de tener material provisional; en 1.6 existe una gran reconstrucción en composite, en 3.6 una fractura coronal con un material provisional y en 4.7 una obturación de amalgama bien conservada.



Imagen 24: *arcada superior e inferior*

Odontograma.

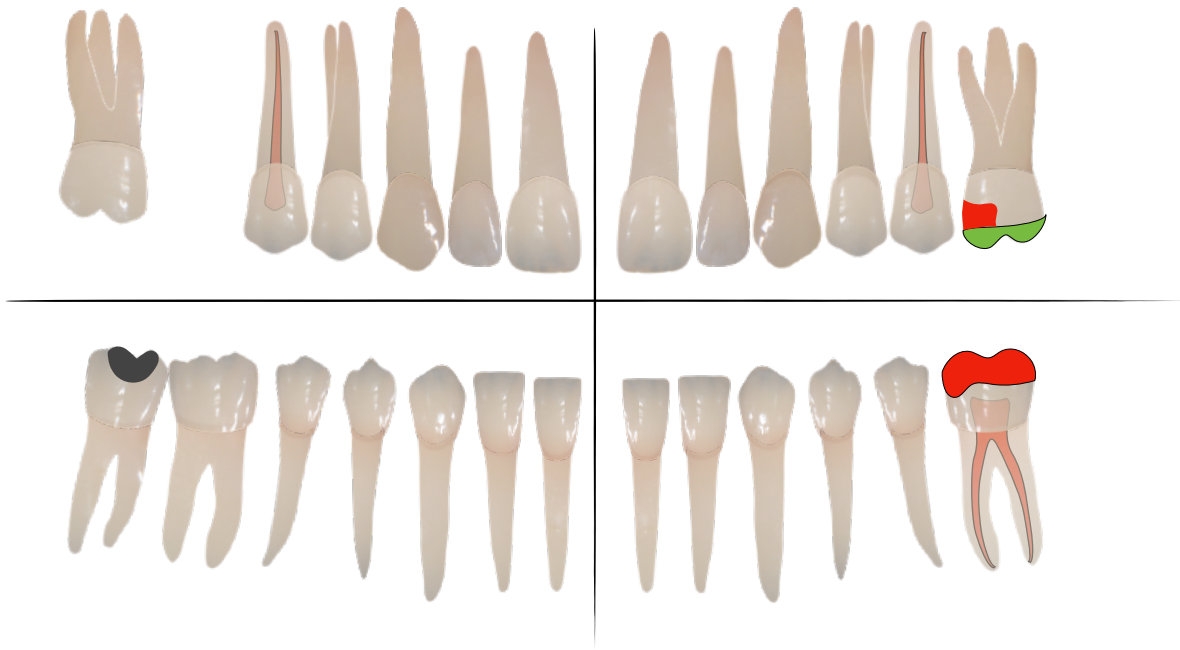


Imagen 25: *Odontograma*

Análisis periodontal

Se realizó el examen periodontal básico en la segunda cita.

- Presencia de cálculo y sangrado en el tercer y quinto sextante, presencia de sangrado tras sondaje en cuarto y sexto cuadrante.
- Presencia de raíces expuestas (1.7, 1.5, 2.6, 3.4, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

* Radiográficas

En la radiografía panorámica tomada con anterioridad (Diciembre de 2018) a la derivación a Terapéutica compleja, se pueden observar las ausencias citadas de los dientes 2.7, 3.7.

Se observa también caries mesial en 2.6, y dos tratamientos de conductos con sellado incompleto, pero sin foco periapical en 1.5, 2.5 y el 3.6 lesión con pérdida periodontal en la furca, con perdida coronaria en mesial y caries en distal. La paciente refiere tener cita para la exodoncia de dicha pieza la semana siguiente en la Seguridad Social. Además se observa el 1.8 como único cordal existente.

No se observa patología quística ni ósea y los cóndilos están en normalidad.



Imagen 26: *Ortopantomografía*

También se observaron las radiografías finales del retratamiento de conductos de 1.5 y 2.5 en el máster, realizadas en Enero de 2019, y son correctas, sin existencia de foco.

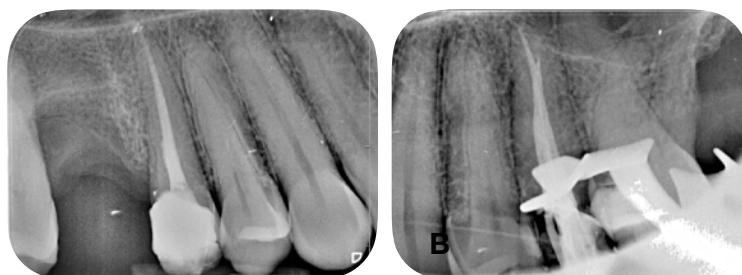


Imagen 27: *Periapicales 1.5 (A) y 2.5(B)*

Además se realizaron dos radiografías de aletas de mordida para descartar patología y determinar la extensión de la lesión cariosa en el 2.6.

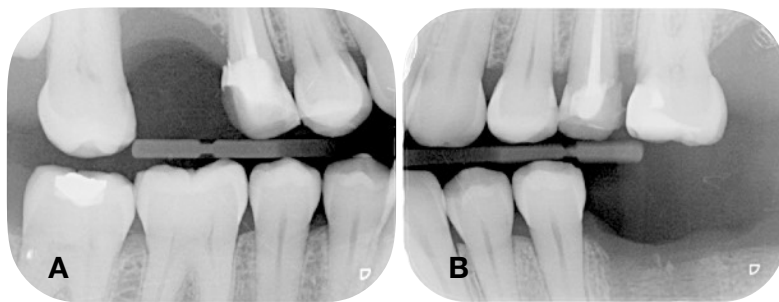


Imagen 28: aletas de mordida derecha (A) e izquierda (B)

Para descartar una posible patología pulpar en el 2.6, realizamos pruebas de vitalidad por medio de spray de cloruro de etilo y percusión, mostrando una respuesta normal.

* Exploración preventiva

La prevención es una parte fundamental de la odontología, por ello realizamos el protocolo establecido en este área y aplicamos el cuestionario CAMBRA (Caries Management Assesment by Risk). Este cuestionario, clasifica al paciente en: bajo, medio o alto riesgo, según los factores de riesgo o indicadores de riesgo de la paciente.¹

- *Factores de riesgo*: raíces expuestas (1.7, 1.5, 2.6, 3.4, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6)
- *Factores protectores*: se cepilla 3 veces al día con *Colgate total®*, uso de colutorio diario *Fluor-aid®*, empleo de la seda dental como método coadyuvante ocasionalmente y posee un adecuado flujo salival.
- *Indicadores de enfermedad*: tiene manchas blancas y surcos teñidos en 3.5 y 4.6, además de observarse cavidad por obturación filtrada en 2.6.

Por otro lado, la paciente posee un índice de placa del 66% e índice gingival de 23%, un CAOD de 8, CAOS de 26 y CAOM de 3, por otro lado los valores del índice de restauración son del 20%.

Además con estos datos, se toma de la muestra salival, un cultivo para recuento de *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*, saliendo ambos por debajo de las 10^5 ufc.

Se establece así, un riesgo alto de caries para la paciente.

Por otro lado, en la evaluación de riesgo de patología oral, la paciente se determina un riesgo moderado, por presencia de cálculo, sangrado y restauraciones en mal estado.

RODEAR CON UN CÍRCULO EL "SÍ", SI ESTÁ PRESENTE EL FACTOR INDICADO EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA
 Dra. María Victoria Mateos, Dra. Rosario Garcillán, Dr. Eduardo Bratos.

Nombre del alumno:		Paula Ciudad Pinto			
Formulario para la evaluación del RIESGO DE CARIES.					
Nombre del paciente: SPV		Edad: 50	Fecha:	Fecha rev:	
		Nivel socio-económico: Medio-Alto			
Nota: Con sólo un "sí" en la columna de alto riesgo, estaría indicado realizar tests salivares.		ALTO	MODERADO	BAJO	Comentarios
1. Factores de riesgo (factores biológicos predisponentes)					
a) Placa visible sobre los dientes y/o la encía sangra fácilmente		SI			
b) Consumo entre comidas (frecuencia >3 veces) de snacks con azúcar/almidón cocido/bebidas azucaradas		SI			Depende del día y de si tiene que coger vuelo
c) Inadecuado flujo de saliva (detectado visualmente o si tienes resultados de medición de flujo)		SI			
d) Están presentes factores reductores de saliva: 1. Medicamentos (ej. algunos para el asma o hiperactividad) 2. Factores médicos (ej. tratamiento de cáncer) o genéticos		SI			
e) Consumo de drogas		SI			
f) Fosas y fisuras profundas		SI			
g) Raíces expuestas		SI			1.7, 1.5, 2.6, 3.4, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6
h) Ortodoncia		SI			
i) Prótesis		SI			
j) Existencia de tratamientos dentarios defectuosos		SI			
k) Recuento de SM (sólo si tienes resultados de tests salivares)		SI			
2. Factores protectores					
a) Vive en una comunidad con agua fluorada				SI	
b) Se cepilla los dientes con pasta fluorada al menos 1 vez al día				SI	
c) Utiliza enjuagues de flúor 1 vez al día (fluoruro sódico 0,05%)				SI	
d) Otros métodos de higiene oral (seda dental, cepillos interproximales, eléctricos, linguales, etc.)				SI	
e) Ha recibido barniz de flúor en los últimos 6 meses				SI	
f) Toma pastillas/chicles de xilitol 4 veces al día en los últimos 6 meses				SI	
g) Utiliza clorhexidina 1 semana al mes en los últimos 6 meses				SI	
h) Utiliza pastas de calcio y fosfato en los últimos 6 meses				SI	
i) Adecuado flujo salival (1 ml/min de saliva estimulada)				SI	
3. Indicadores de enfermedad/factores de riesgo. Examen clínico.					
a) Lesiones de mancha blanca o lesiones de desmineralización del esmalte en superficies lisas, surcos teñidos		SI			3.5 y 4.6
b) Restauraciones (en los últimos 3 años)		SI			
c) Cavidades visibles o caries en dentina detectadas radiográficamente		SI			2.6
d) Lesiones en esmalte (no en dentina) a nivel interproximal detectadas radiográficamente		SI			
e) Nueva remineralización desde el último examen (lista de los dientes):					
Índices de salud oral	I. Placa 66 %	I. Gingival 23%	CAOD 8	CAOS 26	
	CAOM 3	ceod	ceos	IR 20%	
Resultados de los tests salivares	SM: < 10 ⁵ Ufc	C. buffer: Buena	pH: 7,1	Flujo salival (ml/min): 1, 2	Fecha:
RIESGO DE CARIES GLOBAL:	ALTO		MODERADO		BAJO
*Riesgo EXTREMO: Riesgo alto + hipofunción severa de las glándulas salivares					

Imagen 29: Cuestionario CAMB

EVALUACIÓN DE RIESGO DE PATOLOGÍA ORAL

NOMBRE ALUMNO		BOX	70		
NOMBRE PACIENTE	S.P.V	EDAD	50	FECHA	
NIVEL EDUCATIVO		SEXO	F		

Factores de riesgo predisponentes

		Enferm. Periodontal	Patol. Mucosa
HIGIENE ORAL	Cepillado menos de 1 vez al día		
	No usa limpieza Interproximal		
	No usa Colutorios		
	No visita al dentista una vez al año		
HÁBITOS DE VIDA	Tabaco		
	Alcohol (mas de 2 ingestas/día)		
	Otras Drogas		
	Exposición al sol		
	Estrés	X	
ALTERACIONES SISTÉMICAS	Diabetes Mellitus		
	Patología cardiovascular		
	Osteoporosis		
	Inmunodepresión		
	Enfermedades psiquiátricas		
	Predisposición Familiar E.P		
	Otras Enfermedades		
MEDICAMENTOS	Fármacos Xerostómicos		
	Farm. Hiperplasia Gingival		
	Inmunosupresores		
	Antineoplásicos		
	Hormonas (Estrógenos Progest.)		
	Otros Fármacos		
PATOLOGÍA REFERIDA POR EL PACIENTE	Ardor de boca		
	Úlceras	X	
	Mal sabor		
	Halitosis		
	Arcadas, náuseas		
	Sangrado de encías		
	Sequedad de boca		
EXAMEN CLÍNICO	Índice de placa $\geq 20\%$	X	
	Índice sangrado gingival $\geq 10\%$	X	
	Presencia de cálculo visible	X	
	Signos clínicos de Enf. Periodontal		
	Presencia de bolsas		
	Sequedad de mucosas		
	Prótesis en mal estado		
	Trat. Restauradores en mal estado	X	
	Lesiones mucosa oral		

Imagen 30 :Evaluación de riesgo periodontal

2.5 Diagnóstico

Realizada anamnesis e historia clínica, exploración extraoral e intraoral, y pruebas complementarias, establecemos el diagnóstico de la paciente.

Diagnóstico médico

No consta de enfermedades médicas actuales, ni pasadas así que establecemos que la paciente médicamente es ASA tipo I.²

Diagnóstico dental

La paciente acudió a la clínica de la universidad, para hacerse una revisión general.

Desde la recepción de pacientes la derivaron a la clínica del Máster de Endodoncia, y una vez terminados los tratamientos, la derivaron a la clínica de la asignatura Patología y Terapéutica Dental Compleja para la realización de la reconstrucción de 1.5 y 2.5 que habían sido tratados con un retratamiento de conductos, además se observa lesión cavitada en 2.6 y surcos profundos en 3.5 y 4.6.

Diagnóstico periodontal

		2
--	--	---

La paciente presenta recesiones gingivales (1.7₂ 1.5, 2.6, 3.4, 3.2, 3.1, 4₁, 4.2, 4.4, 4.6), a razón de técnica de cepillado inadecuada, horizontal y demasiada fuerza.

En el 1.7, se observa una gran recesión con motivo de la pérdida ósea, por el granuloma del 1.6 que se observar en la ortopantomografía.

Diagnóstico preventivo

Teniendo en cuenta los resultados del cuestionario CAMBRA anteriormente citado, se clasifica a la paciente como *alto riesgo de caries*.¹

En cuanto al riesgo de patología oral, la paciente tiene un riesgo moderado.

2.6 Plan de tratamiento

Una vez realizada la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, en la primera visita el 22 de febrero de 2019, se proponen diferentes opciones de tratamiento a la paciente:

- * **A nivel preventivo:** aplicación del protocolo para paciente de alto riesgo.
- * **A nivel periodontal:** instrucciones de higiene oral y profilaxis profesional, además se recomienda tratamiento para las recesiones gingivales.
- * **A nivel quirúrgico:** exodoncia de la pieza 3.6, citada a la semana siguiente en la Seguridad Social.
- * **A nivel restaurador:** restauración con poste + incrustación cerámica tipo Emax® de disilicato de litio en 1.5 y 2.5.
- * **A nivel ortodóncico:** corrección de las malposiciones.
- * **A nivel prostodóntico:** se recomiendan la rehabilitación con prótesis fija implantosoportada en las zonas de anodoncia.

2.7 Secuencia de tratamiento

Secuencia de tratamiento propuesta:

1. Profilaxis profesional
2. Realización del tratamiento restaurador de 1.5 y 2.5:
 - Postes
 - Incrustaciones cerámicas de *Emax*® de disilicato de litio.
3. Tratamiento 2.6
4. Ortodoncia
5. Implantes

Al explicar detalladamente la secuencia de tratamiento a la paciente, comenta que no tiene tiempo disponible a excepción de los viernes, además indica que no quiere ponerse ortodoncia, por lo que se replantea la secuencia de tratamiento, comenzando por lo más urgente. Como resultado:

1. Realización del tratamiento restaurador de 1.5 y 2.5
 - Postes
 - Incrustaciones
2. Profilaxis profesional
3. Tratamiento 2.6
4. Implantes

Tratamiento restaurador en 1.5 y 2.5

Partimos de la siguiente situación:

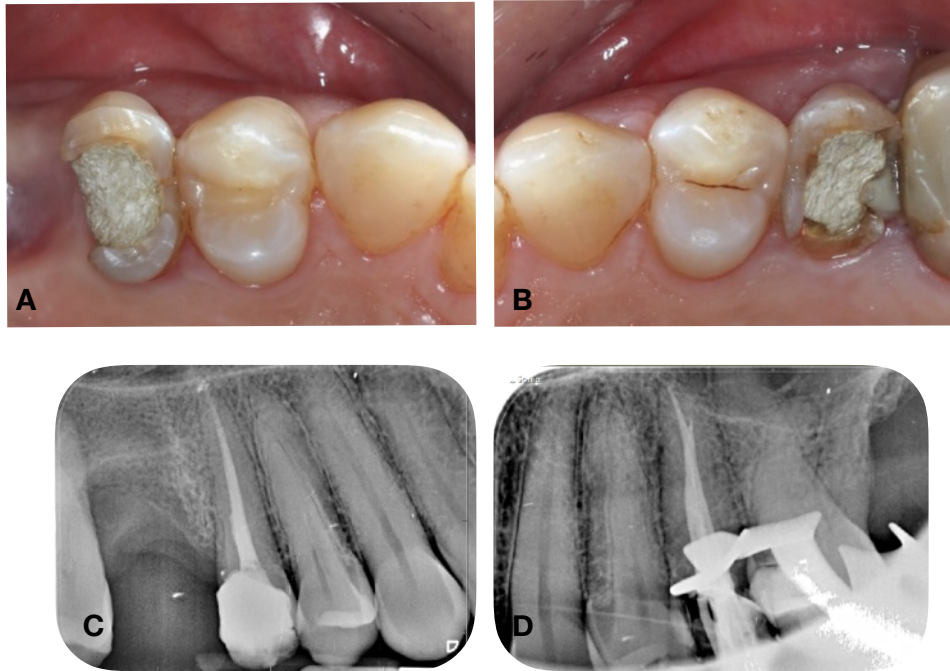


Imagen 31: *Fotografía intraoral y radiografías periapicales A-C 1.5 y B-D 2.5*

Para el tratamiento de estas dos piezas, se debe valorar si tienen algún síntoma o signo de fracaso del retratamiento de conductos, no había existencia de focos ni mostraba ningún tipo de sintomatología en ambos casos.

Se ha demostrado ampliamente en la literatura, que los dientes con tratamiento o retratamiento de conductos, tienen mayor predisposición a la fractura con respecto a un diente vital.^{3,4}

En este caso, como son dientes con retratamiento de conductos, han perdido gran parte de la estructura dentaria, con lo que poseen mayor fragilidad por la pérdida de tejido, aunque la supervivencia a largo plazo de este tipo de casos es alta. Algunos autores indican que suelen tener una tasa media del 89% a los 5 años de seguimiento, aunque otros estudios, encuentran una supervivencia mayor a los dos y cuatro años del 95% de los casos.^{5,6}

Sin embargo existen factores que disminuyen la supervivencia como: ser diente pilar de prótesis, dientes sin contactos interproximales, diente más distal de la arcada y sin recubrimiento cuspidé.⁷

A la hora de elegir y realizar el tipo de restauración en estos dientes, hay que tener presente la cantidad y calidad de estructura dental remanente sana, además de tener en cuenta características específicas que pueda presentar como hábitos parafuncionales o fuerzas de oclusión, negativos en esta paciente.^{8,9,10,11}

En este caso, hay una gran pérdida de estructura, con lo que la conservación del tejido remanente se hace fundamental, por ello decidimos optar por una restauración lo menos invasiva posible, conservando todo el tejido remanente restante, mediante una restauración mixta, primero la reconstrucción de parte de la corona con *Rebilda DC*® y con un poste de fibra, para que proporcionase una mayor estabilidad a la restauración, y posteriormente con una reconstrucción indirecta, incrustación, que aportase resistencia a ambos dientes.

Los postes de fibra están indicados en casos de tratamientos de conductos con más de la mitad de la corona destruida, en los que son necesarios para aumentar la cantidad de retención protésica, pero sin embargo deben tener una estructura dental coronaria o ferrule de al menos 1,5 -2,5 mm, esto indica que el diente presenta una buena resistencia a la fractura, a la hora de optar por el poste.^{4,11, 12}

En ambas piezas, se cumplen las indicaciones, por lo que una vez analizado la viabilidad del tratamiento con postes de fibra de vidrio, se retiró el material provisional de ambos dientes. (Img 32: A y B)

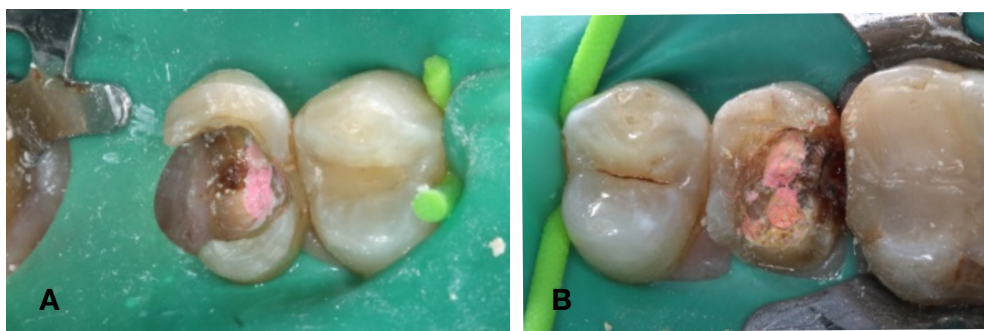


Imagen 32: Eliminación del material provisional 1.5 (A) y 2.5 (B)

Decidimos colocar el poste en el conducto palatino, debido a la indicación en esta localización en premolares maxilares, ya que son los conductos más anchos.¹²

Se comprobó la longitud del conducto en la ficha de la paciente y radiográficamente, siendo 24 mm en ambos y se retiró la gutapercha con la secuencia de fresas *Gates-glidden* 2 y 3 a una longitud de 14 mm, a baja-media velocidad y sin refrigeración para derretir el material intraconducto de gutapercha y eliminar los restos de cemento.

Clásicamente la distancia mínima interradicular que debía cumplir un poste era de dos tercios de su raíz, pero actualmente se considera suficiente con al menos la longitud de la corona clínica, o igual a dos tercios del remanente dental, o la mitad de la altura del soporte óseo del diente en cuestión, respetando los 5 mm de gutapercha apical para mantener el sellado.^{11,12}

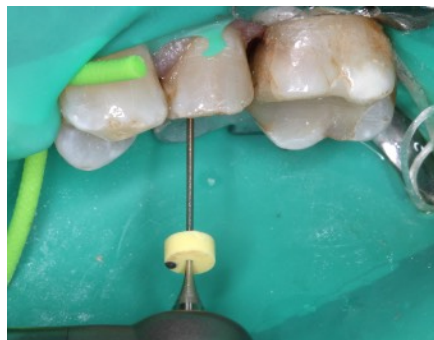


Imagen 33: *Gates-glidden 2.5*

Una vez pasada la Gates de número 2, se realiza una rx periapical para comprobar la distancia. (Img)

Comprobada la longitud correcta, se limpió el conducto de gutapercha con las *Gates-glidden*, en el 1.5 fue necesario el Drill número 1 usando refrigeración, a baja velocidad y sin forzar las fresas para evitar posibles complicaciones (sobrecalentamiento, perforaciones, formación de escalones o fractura del instrumento) mientras que en el 2.5 no fue necesario.¹¹



Imagen 34: *Drill número 2 en 1.5*

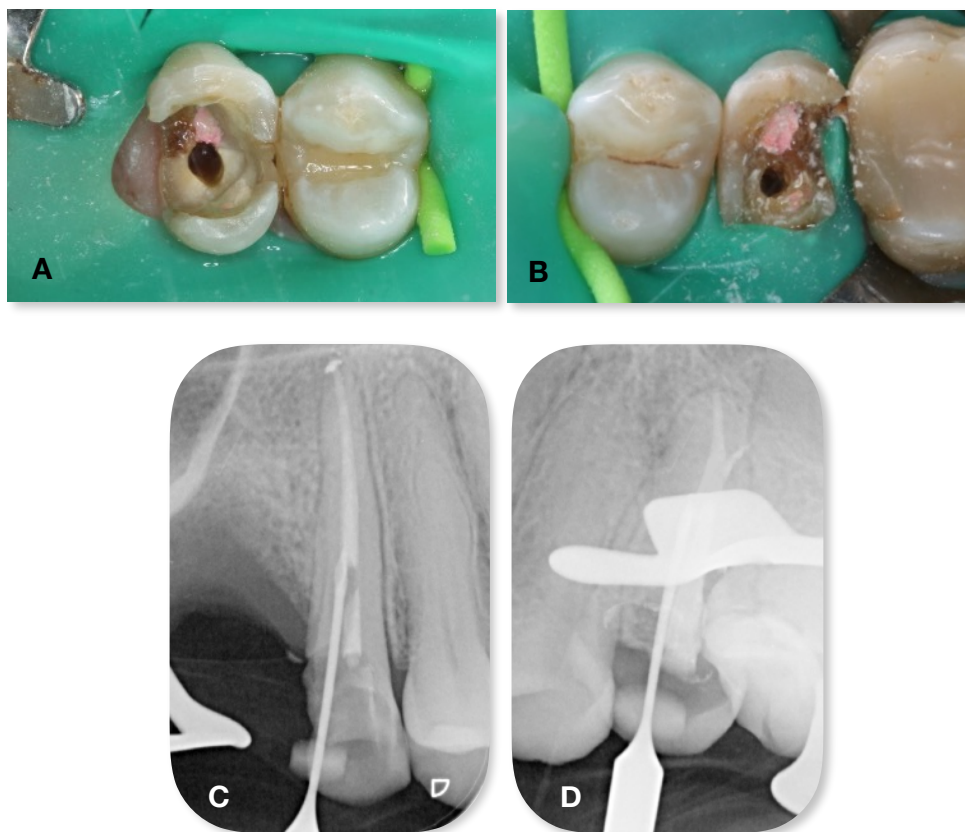


Imagen 35: Fotografía intraoral (A,B) y radiografías periapicales de 1.5 y 2.5 (C,D)

Realizados los pasos anteriores, se procede a la ***elección del poste***:

Como ya se ha comentado con anterioridad, se optó por restauración con postes de fibra, debido a que posee un módulo elástico similar a la dentina (18 y 24 Gpa, dentina y resina reforzada respectivamente), que reduce el riesgo de fractura radicular y además es compatible con cementos de resina.¹⁴

Por otro lado, estos postes permiten aplicar la técnica llamada *Monoblock*, que supone una unión adhesiva entre diente remanente y el resto de la restauración (poste y muñón), que deriva del concepto restaurador que nació en los años noventa a manos de *Duret*, con el “concepto Composipost”, que se realizaba con los antiguos postes de fibra de carbono.¹⁵

En este caso la elección del poste fue para ambas piezas un poste de forma mixta, siendo de 1 mm de diámetro en 1.5 y 0,8 mm en 2.5, ya que está demostrado que el diámetro no influye en la retención del poste, solo su longitud, y por tanto debe ser el más fino posible que adapte

a las paredes del conducto y soporte las cargas, respetando un espesor mínimo de 2 mm de las paredes de la raíz para evitar fracturas.

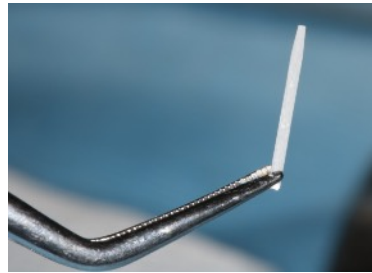


Imagen 36: *Poste de fibra de vidrio*

Se prueba y observamos que tienen la fricción necesaria para que funcionen correctamente. Se comprueba la longitud y se corta a 2 mm de oclusal con fresa de diamante a alta velocidad. Posteriormente se dejan en inmersión con alcohol para su desinfección. Secado con aire y aplicación de silano.

Paralelamente, se realiza el encofrado de ambos dientes con una matriz *Automatrix®*, y la parte coronal o externa de la preparación se aplica gel de ácido ortofosfórico al 37% (*Proclinic®*) durante 30 segundos, lavado, secado con aire y puntas de papel y aplicación de adhesivo de autograbado *Futurabond DC®*, con un palillo *Endo Tim* en el interior del conducto.



Imagen 37: *Encofrado 2.5*

Para la **cementación del poste**, se escoge un cemento de composite dual fluido, *Rebilda DC®*, ya que vamos a realizar la técnica *Monoblock*, explicada con anterioridad, además este cemento también está indicado para la reconstrucción del muñón o preparación posterior.

Se coloca el aditamento super fino a la cánula de mezcla para su introducción dentro de de conductos, se pone *Rebilda DC®* directamente en el interior del conducto, para evitar el

atrapamiento de aire y la formación de burbujas y se introduce el poste, colocándolo con leve presión, y comprobando que esta a la altura determinada previamente.

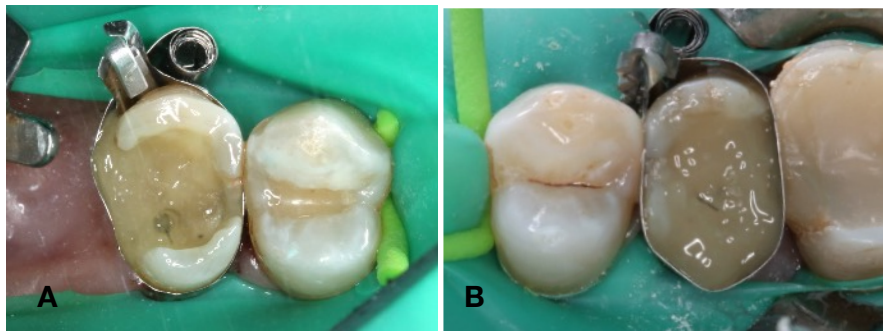


Imagen 38: *colocación poste en 1.5(A) y 2.5(B)*

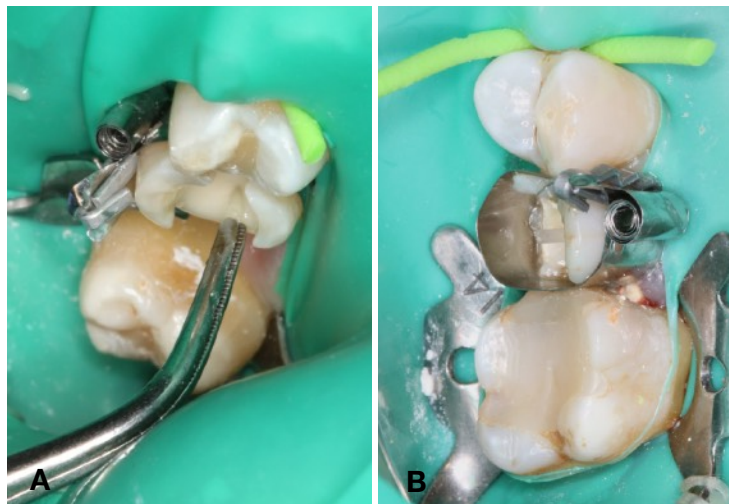


Imagen 39: *Vista oclusal encofrado, poste y Rebilda 1.5 y 2.5*

Se espera entre 3-4 minutos a que autopolimerice, y posteriormente completa la polimerización con la lámpara de luz.

Se decide por la falta de tiempo, en ambos casos, reconstruir provisionalmente con *Rebilda DC®*, para en la próxima cita realizar el tallado de las preparaciones para incrustaciones cerámicas *IPS e.max®* de disilicato de litio.

El *IPS e.max®* es una cerámica feldespática reforzada con disilicato de litio y ortofosfato de litio para aumentar la resistencia a la fractura (posee una resistencia moderada de 300-700 MPa).¹⁶

Está especialmente indicada para:

- Restauraciones de medio-gran tamaño en dientes endodonciados con pérdida de estructura dentaria, con lo que precisan de un tallado conservador.

- Inlays, onlays, overlays, coronas parciales y coronas totales.
- Necesidad estética: siendo indicadas las cerámicas feldespáticas.
- Necesidad de cobertura cuspídea.
- Necesidad de restauraciones múltiples.

Además las restauraciones indirectas cerámicas, tienen mejores capacidades físicas y mecánicas que una restauración directa en composite en dientes con poco tejido remanente.¹⁷ Entre estas capacidades están: mejor resistencia a la fractura, rigidez, resistencia al desgaste (producen una mayor abrasión en los antagonistas); sin embargo poseen otros inconvenientes como mayor complejidad de elaboración, coste elevado, dificultad en la reparación, entre otras.^{11,18}

Preparación incrustaciones: tallado

Para el tallado de ambas piezas se escogió una fresa de diamante troncocónica y luego una de pulido. Se decide no aislar para poder controlar el espacio oclusal, además se pone doble hilo de retracción 2/0 ya que la preparación distal del 2.5 está a nivel gingival.

Existen varios parámetros importantes que influyen de forma importante en el diseño general de la preparación y en la decisión de realizar recubrimiento cuspídeo.¹⁸

- Relación oclusal y los límites de la preparación.
- Espesor de las paredes remanentes
- Características de los materiales seleccionados.

Por otro lado, el espesor de tallado debe estar entre 1,5 y 2 mm para la prevención de fracturas por fuerzas masticatorias.^{11,19,20}

Aunque actualmente, existen estudios que demuestran la resistencia a la fractura con espesores de cerámica de 1 mm, en la guía clínica del *IPS e.max® de disilicato de litio*, recomiendan las siguientes características de la preparación:

- Márgenes de la preparación no localizados en área de contacto estático o dinámico con el antagonista.
- Proporcionar al menos 1,5 mm de espacio en áreas de la cúspide.

- Preparar un hombro circular, con bordes internos redondeados, o biselado con un ángulo de 20-30 °, siendo como mínimo de 1,00 mm de ancho .

Teniendo todas las características en cuenta, se optó por la restauración de ambos dientes con una incrustación de tipo overlay, sin realizar protección cuspea de la cúspide vestibular.

Además se realizó un pulido de la obturación desbordada del 2.6 para conseguir un buen punto de contacto y en citas posteriores realizar la obturación.

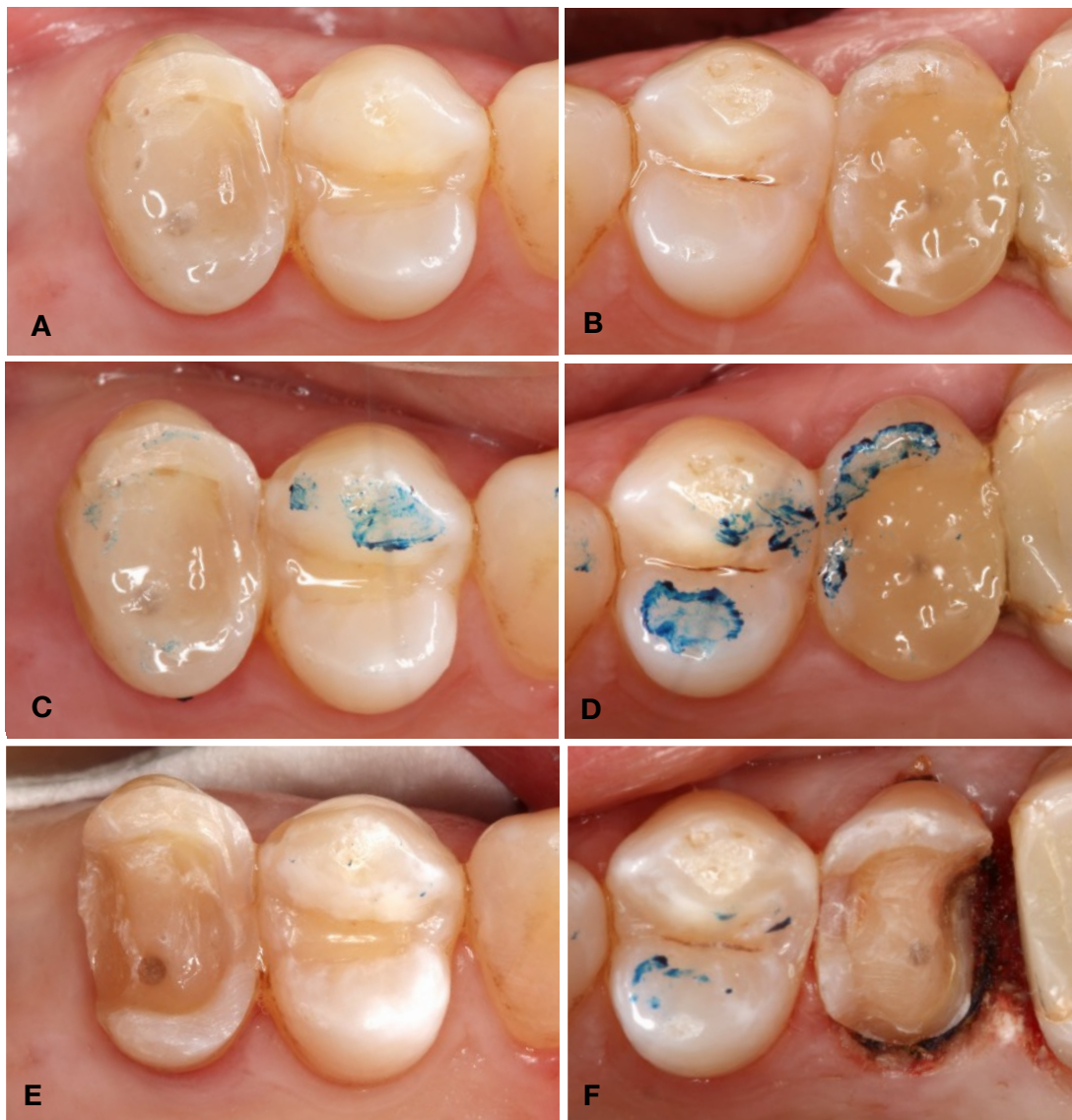


Imagen 40: *Vista oclusal restauración temporal (A,B), puntos de contacto (C,D) y tallado (E,F) de 1.5 y 2.5 respectivamente.*

Se tomó una doble impresión para enviar los modelos al laboratorio y toma de color, la preparación se pidió de Emax disilicato de litio.

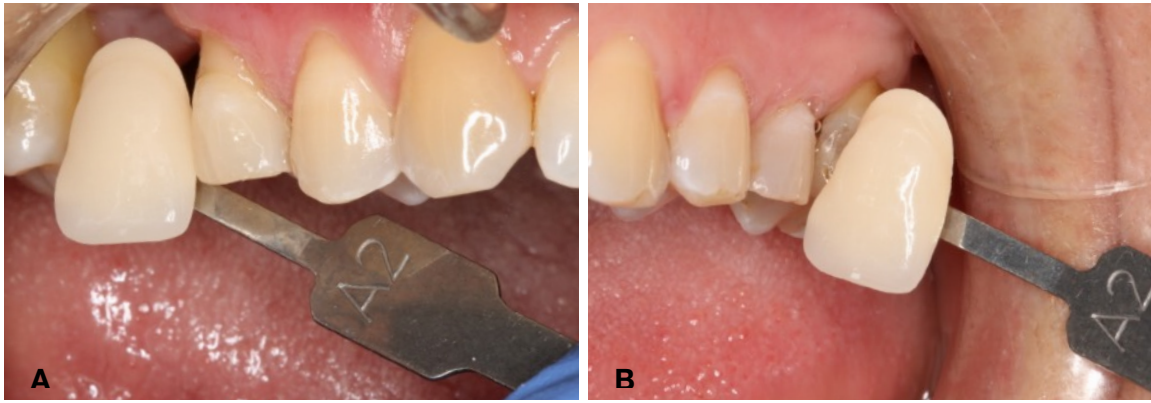


Imagen 41: Toma de color 1.5 y 2.5 coincidente con A2

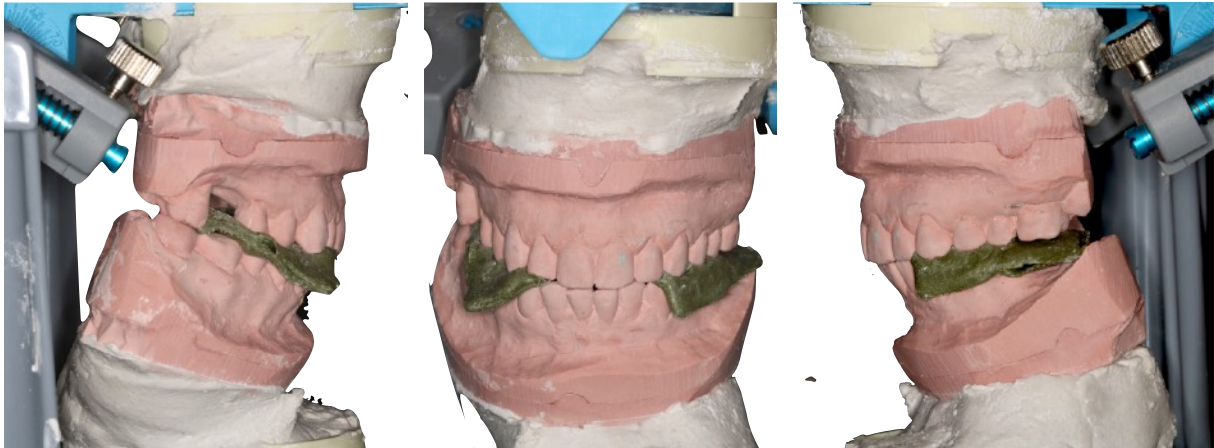


Imagen 42: Modelo de estudio en articulador

En esa misma cita se decidió realizar unos provisionales de resina, cementados con *Tempbond*®, debido a que la paciente no venía hasta pasadas tres semanas por las festividades.

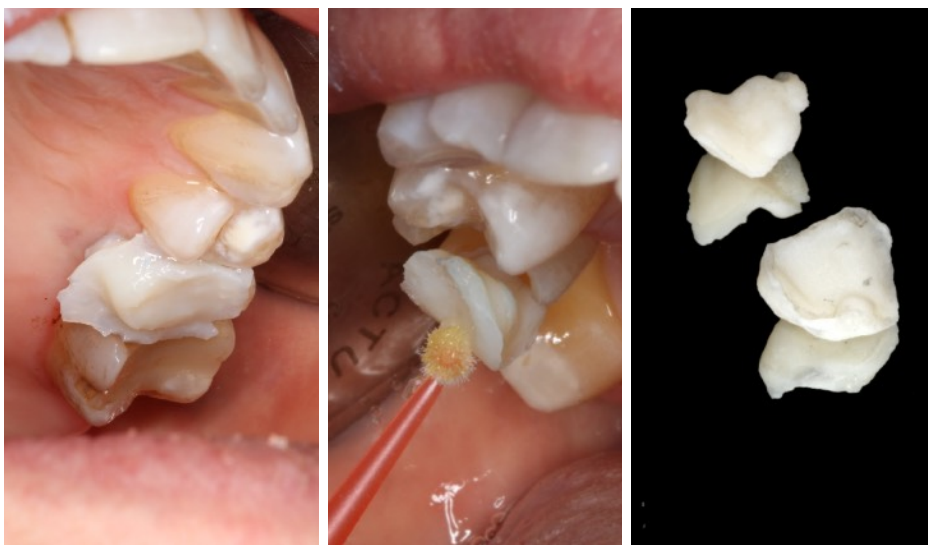


Imagen 43: Realización de provisionales

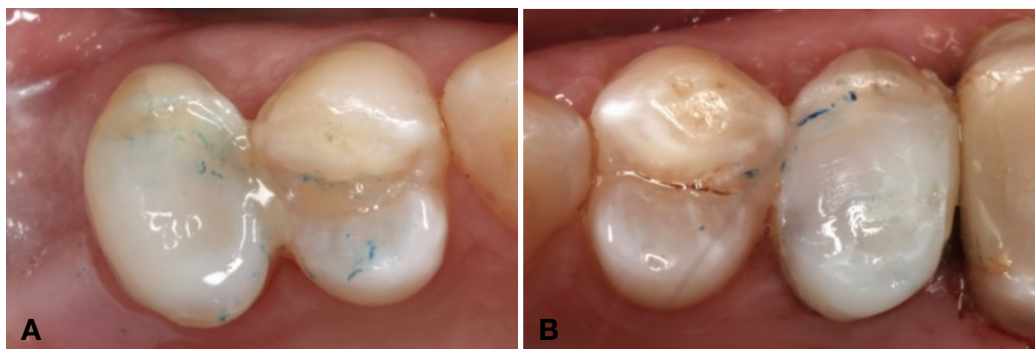


Imagen 44: *Vista oclusal de provisionales 1.5 (A) y 2.5(B)*

A las tres semanas, cuando recibimos el trabajo del laboratorio, se citó a la paciente para la colocación de las incrustaciones.



Imagen 45: *Detalle incrustaciones vista oclusal y palatina 1.5 y 2.5 respectivamente*

Realizamos el aislamiento con dique de goma, para evitar la contaminación de la preparación y la extrusión de material a la cavidad oral. Se retira la preparación provisional y se limpia el cemento restante.

Posteriormente se procede a la prueba de la incrustación en su diente correspondiente, y preparación del lecho que va a ir en contacto con la incrustación y la incrustación para su cementación.

Primero se realizó la cementación de la incrustación de la pieza 2.5, el procedimiento fue el mismo en ambos dientes.



Imagen 46: *Prueba incrustación vista oclusal, palatina y vestibular de 2.5*

Para la **preparación del diente**, por indicación del profesor, se realiza un aislamiento con matriz de acetato transparente *Hawe stiproll®*, con cuñas de madera interdental. Aplicación de gel de ácido ortofosfórico al 37% durante 30 segundos, lavado y secado. Aplicación de adhesivo dual *Excite DSC F®* por toda la preparación, aire y polimerizar con lámpara de luz.

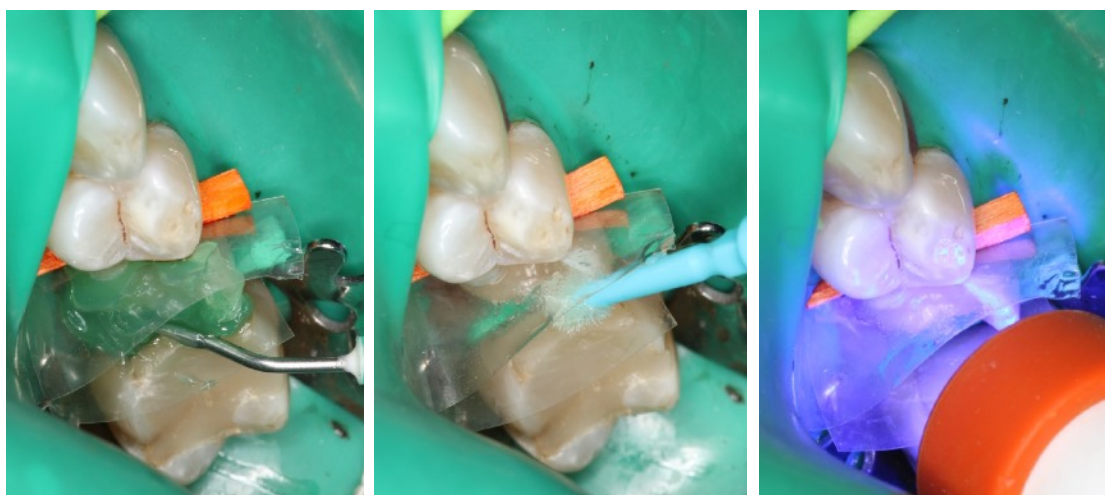


Imagen 47: *Aplicación ácido, adhesivo y luz*

Para la **preparación de la incrustación** se sumerge en alcohol para su desinfección, se seca y se aplica ácido fluorhídrico al 9,6% durante 2 minutos, lavado y secado. Posteriormente se aplica ácido ortofosfórico al 37% para eliminar restos, lavado y secado, y aplicación de silano. Una vez está seco el silano, se aplica el mismo adhesivo dual que para la preparación, y se polimeriza.

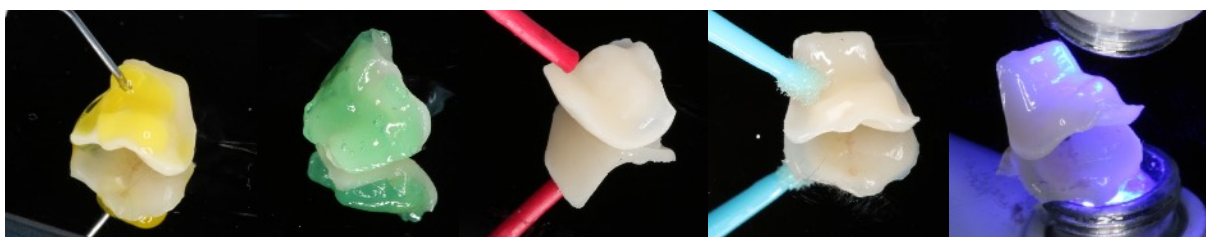


Imagen 48: *Aplicación ácido fluorhídrico, ortofosfórico, silano y adhesivo consecutivamente*

Para la **cementación** se escogió de nuevo el cemento de resina dual fluido, *Rebilda DC®*.

A lo largo de la historia se han indicado diversos tipos de cementos para estas restauraciones, como cementos de ionómero de vidrio, aunque la experiencia clínica demostró que eran inadecuados, por la alta incidencia de fracasos clínicos debido a la resistencia mecánica insuficiente y mala adhesión a los tejidos duros del diente, por ello se desarrollaron cementos adhesivos de resina compuesta, que tienen la ventaja de unirse al tejido duro del diente aunque poseen contracción en la polimerización.⁸

El cemento se aplica sobre la preparación, se deposita la incrustación y se presiona digitalmente, damos 1 segundo de luz, para retirar los excesos del cemento, y se polimeriza por todas las caras del diente 20 segundos por cada una.(Img 49)



Imagen 49: *Aplicación cemento, incrustación, presión digital, luz, remoción excesos, foto final*

Una vez retirado los excesos y haber finalizado la polimerización, se procede al ajuste oclusal por medio de tiras de papel de articular de 200 μ , eliminamos todos los contactos excesivos, prematuridades tanto en máxima intercuspidad como en lateralidades. Y se procede al pulido de la incrustación y bordes marginales.



Imagen 50: Pulido (A), foto final 1.5 (B) y 2.5 (C)

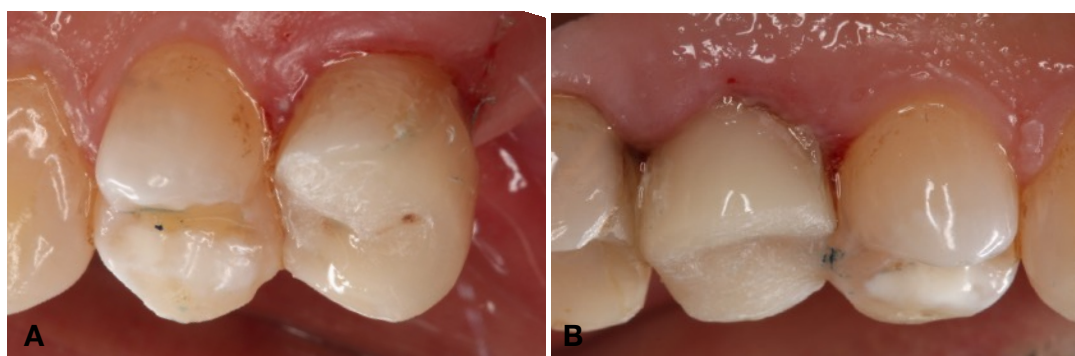


Imagen 51: Vista palatina de 1.5(A) y 2.5 (B)

A la semana siguiente, se citó a la paciente para la revisión y comprobar la oclusión.

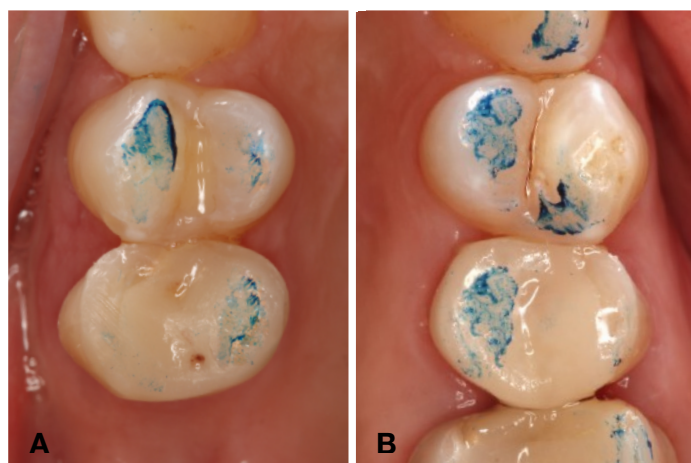


Imagen 52: Oclusión de 1.5(A) y 2.5



Imagen 53: Vista palatina A, B. Vista vestibular C, D de 1.5 y 2.5 respectivamente

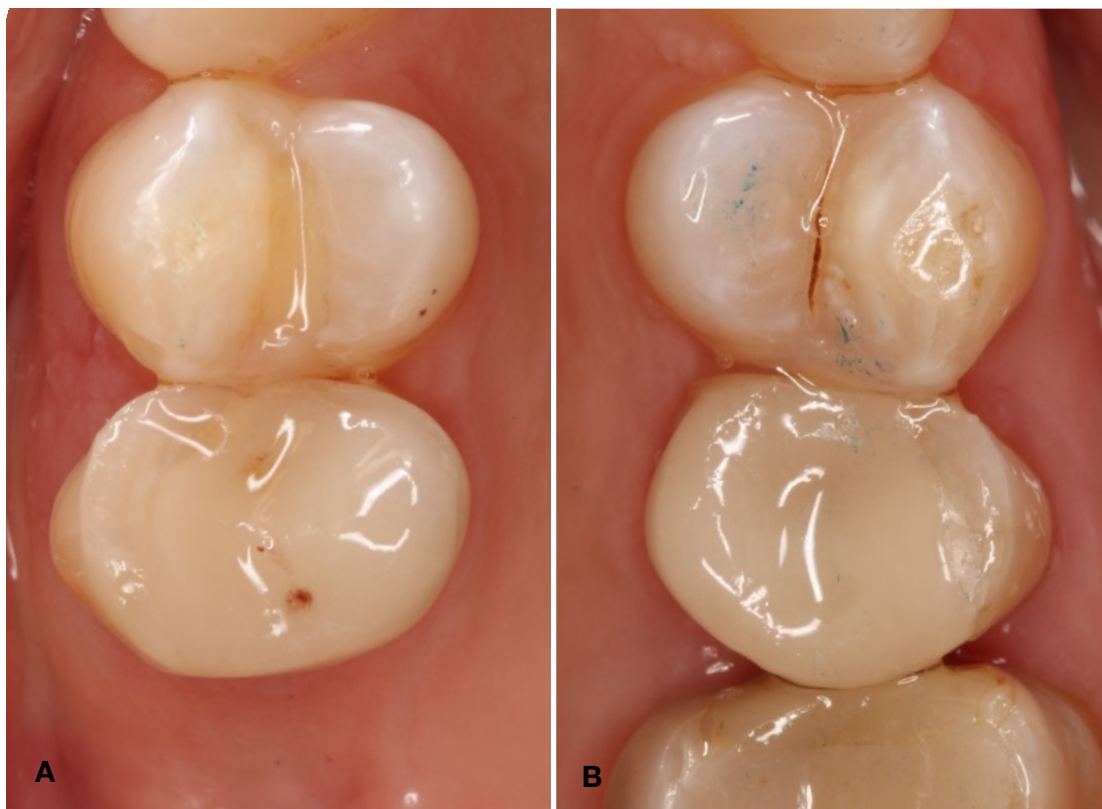


Imagen 54: Vista oclusal A, B de 1.5 y 2.5 respectivamente

Protocolo preventivo

A nivel preventivo, se estableció el protocolo para pacientes de alto riesgo.

- Protocolo en clínica:
 - Asesoramiento preventivo e instrucciones de higiene oral (cambio de técnica) y dieta.
 - Radiografías de aleta de mordida cada 6 meses.
 - Profilaxis profesional
 - Aplicación tópica de Fluoruro de sodio al 5% (*Duraphat*® de 22500 ppm) en 3.5 y 4.6, localizaciones con surcos teñidos.
 - Test salivares.
 - Tratamiento restaurador.
 - Se recomienda revisión a los 3-4 meses, en su defecto en Septiembre de 2019.
- Protocolo en el hogar:
 - Cepillado con pasta fluorada de 1450 ppm (Oral B pro expert) durante 2 minutos, 2-3 veces al día.
 - Enjuagues con colutorio fluorado *Fluor-aid* al 0,05% de uso diario.
 - Caramelos o chicles con Xilitol



Imagen 55: Aplicación *Duraphat* en 4.6 y 3.4

2.8 Secuencia de citas

- **Primera cita:** 15 de febrero de 2019: Exploración, realización de fotografías y pruebas complementarias, diagnóstico y plan de tratamiento.
- **Segunda cita:** 22 de Febrero: Colocación poste 2.5 y reconstrucción provisional con Rebilda®
- **Tercera cita:** 15 de Marzo: Colocación poste 1.5 y reconstrucción provisional con Rebilda®
- **Cuarta cita:** 8 de Abril: tallados, impresiones y provisionales.
- **Quinta cita:** 10 de Mayo: cementación + profilaxis.
- **Sexta cita:** 22 de Mayo: revisión.

2.9 Cuestiones pendientes

Como se ha comentado con anterioridad, la paciente pasa la mayor parte de su tiempo laboral fuera del país, esto ha imposibilitado la consecución del tratamiento previsto al completo, quedando los siguientes tratamientos por resolver:

- Obturación de caries filtrada en 2.6.
- Revisión preventiva.
- Tratamiento de implantes.

El tratamiento con implantes está programado para Junio de 2019 en la clínica del máster de implantoprótesis.

2.10 Bibliografía

1. Daabiss M. American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification. Indian Journal of Anesthesia. 2011; 55(2):111.
2. Featherstone J, Chaffee B. The evidence for caries management by risk assessment (CAMBRA®). Advances in Dental Research. 2018; 29(1):9-14.
3. Rocca G, Daher R, Saratti C, Sedlacek R, Suchy T, Feilzer A et al. Restoration of severely damaged endodontically treated premolars: The influence of the endo-core length on marginal integrity and fatigue resistance of lithium disilicate CAD-CAM ceramic endocrowns. Journal of Dentistry. 2018; 68:41-50.
4. Vallejo-Labrada M, Salas A. Resistencia a la fractura de dientes debilitados radicularmente rehabilitados con diferentes materiales. CES Odontol [Internet]. 2014 Dec [Consultado 22 Mayo 2019]; 27(2):69-80. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2014000200007&lng=en.
5. Salehrabi R, Rotstein I. Epidemiologic evaluation of the outcomes of orthograde endodontic retreatment. Journal of Endodontics. 2010; 36:790-792.
6. Ng Y-L, Mann V, Gulabivala K. Prospective study of the factors affecting outcomes of non-surgical root canal treatment: part 2: tooth survival. International Endodontic Journal. 2011; 44: 610-625.
7. Durán-Sindreu F, Olivieri G. Variables que influyen en el pronóstico del tratamiento y retratamiento de conductos radiculares. Pronóstico del tratamiento de conductos. Revista Científica de la Sociedad Española de Periodoncia. Septiembre 2017; Época I, Año III(9): 88-95.
8. Re D, Cerutti A. Restauraciones estéticas-adhesivas indirectas parciales en sectores posteriores. Venezuela: Amolca; 2009.

9. Castelo P, Dablanca, A B. Reconstrucción del diente endodonciado en el sector posterior: importancia del alargamiento coronario, a propósito de un caso. Revista Científica de la Sociedad Española de Periodoncia. Septiembre 2017. Época I, Año III(9):55-63.
10. Dietschi D, Duc O, Krejci I, Sadan A. Biomechanical considerations for the restoration of endodontically treated teeth: A systematic review of the literature, part II (Evaluation of fatigue behavior, interfaces, and in vivo studies). Quintessence Int. 2008; 39(2): 117-129.
11. García Barbero J. Patología y terapéutica dental. Barcelona: Elsevier; 2015.
12. Muniz L. Rehabilitación estética en dientes tratados endodónticamente. Sao Paulo: Santos; 2011.
13. Baratieri L. Odontología restauradora. Brasil: Grupo Gen-Livraria Santos Editora; 2000.
14. Ross D, Filloy Esna C E, Ramírez-Barrantes J C. Resistance to dislodgement of REBILDA® post system to intraradicular dentin. San José: Universidad de Costa Rica, Facultad de Odontología. 2017. doi: <http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.15517/ijds.v0i0.28742>.
15. Duret B, Reynaud LVL, Duret F. Un nouveau concept de reconstitution coronoradiculaire: Le Composipost 1. Chirurgien Dentiste de France. 1990; 540:131-14.
16. Martínez Rus F, Pradíes Ramiro G, Suárez García M.^a J, Rivera Gómez B. Cerámicas dentales: clasificación y criterios de selección. RCOE [Internet]. 2007 Dic [Consultado 20 Mayo 2019]; 12(4):253-263. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2007000300003&lng=es.
17. Angeletaki F, Gkogkos A, Papazoglou E, Kloukos, D. Direct versus indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. A systematic review and meta-analysis. Journal of Dentistry. 2016; 53:12-21.
18. Dietschi D, Spreafico R. Restauraciones adhesivas no metálicas. Barcelona: Masson; 1998.

19. Guess P, Schultheis S, Wolkewitz M, Zhang Y, Strub J. Influence of preparation design and ceramic thicknesses on fracture resistance and failure modes of premolar partial coverage restorations. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2013; 110(4):264-273.
20. Cubas G, Habekost L, Camacho G, Pereira-Cenci T. Fracture resistance of premolars restored with inlay and onlay ceramic restorations and luted with two different agents. *Journal of Prosthodontic Research*. 2011; 55(1):53-59.



3. AGRADECIMIENTOS

A mi familia; mi madre por enseñarme el arte, la delicadeza y el detalle; mi padre por descubrirme este magnífico área, la pasión por los pacientes y la excelencia de las cosas; a Ángela porque su constancia y esfuerzo, han sido mi ejemplo y serán el resto de mi vida. A toda mi familia por estar, cuidarme y quererme. Sois lo mejor que alguien pudiese querer.

A todo el equipo de la facultad, profesores por enseñarme las bases de esta profesión con tanto cariño y auxiliares por recibirme siempre con una sonrisa.

A mi tutor, por escuchar y atender mis dilemas e histerias.

Y por supuesto, a mis amigos, por aceptar que entre los dientes y la música, no siempre he tenido el tiempo suficiente para ellos.



4 .ANEXO: CERTIFICADOS

1. Becas
 1. Beca Erasmus+
 2. Beca Lacer y Bien-Air por movilidad internacional. 2017 y 2018
2. Comunicaciones orales
 1. XVI Congreso Secib: Póster “Cierre de fistula bucoantral con colgajo de bola adiposa de bichat” A propósito de un caso. Noviembre 2019
 2. XVI Congreso Secib: Regeneración ósea guiada mediante aloinjerto en bloque customizado. A propósito de un caso clínico. Noviembre 2019.
 3. XIV Congreso Nacional de Investigación de grado en CC de la Salud. Abril 2018.
 4. XI Congreso Nacional de Investigación de alumnos pregraduados en CC. de la Salud. Comunicación oral: Osteonecrosis Maxilar por medicamentos: a propósito de un caso.
3. Estancias internacionales
 1. Ospedale Policlinico di Milano. Università degli studi di Milano. Septiembre 2018-Enero 2019.
 2. University of Pennsylvania, School of Dental Medicine. Septiembre 2017.
4. Asistencia a congresos y cursos:
 1. VII Congreso AEOC-M. 2019.
 2. XVI Congreso Secib. Noviembre 2018.
 3. Curso Sepes Primavera. Mayo 2018.
 4. VI Congreso AEOC-M. Febrero 2018
 5. XV Congreso Secib. Noviembre 2017.
 6. V Congreso AEOC-M. Febrero 2017.
 7. Taller “Fotografía odontológica” V Congreso AEOC-M. Febrero 2017
 8. Sesión clínica de medicina oral Coem. Marzo 2017.
 9. Curso Facetas de porcelana. Mayo 2016.
 10. IV Congreso AEOC-M. Marzo 2016.
 11. Taller “CAD-CAM” Congreso AEOC-M. Marzo 2016.
5. Méritos extracurriculares

1. Representante de alumnos en Junta de Facultad. 2016-2019.
2. Representante de alumnos en la Comisión permanente del centro. 2016-2018.
3. Secretaria de la Asociación de estudiantes de Odontología AEOC-M. 2017-2018.
4. Evaluación de los “Proyectos de Innova-Docencia” UCM. Septiembre 2017.
5. Comité organizador en Congreso AEOC-M 2017, 2018, 2019.
6. Obtención de título profesional de música en la especialidad de viola. 2016.

XIV Congreso Nacional de Investigación de Grado en CC de la Salud

Certificado a favor de:

D^a. PAULA CIDAD PINTO

Por haber presentando la **COMUNICACIÓN ORAL** titulada:

**TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS EN NIÑOS Y SUS
REPERCUSIONES EN LA CAVIDAD ORAL: UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA.**

De la que son autores: *Álvarez de Almeida E., De las Heras B., Ciudad Pinto P., González
Martínez P.*

Y tutorizado por: **Manuel Joaquín de Nova García.** *Universidad Complutense de Madrid*

en el **XIV Congreso Nacional de Investigación de Grado en CC de la Salud**,
celebrado en el Hospital Universitario Central de la Defensa «Gómez Ulla» |
Instituto Mixto de Investigación Biosanitaria de la Defensa (IMIDEF), del 5 al 7 de
abril de 2018.

Para que conste a efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Madrid,
a 7 de abril de 2018


Felipe Sainz González
Director del Congreso


Rufino Losantos Pascual
Vicedecano Adjunto UAH – HUCD Gómez Ulla


Miguel Puerro Vicente
Director del IMIDEF

LIBRO DE CALIFICACIONES DE LAS ENSEÑANZAS PROFESIONALES DE MÚSICA

TÍTULO PROFESIONAL DE MÚSICA

Con este fecha el/la alumno/a titular de este Libro solicita le sea expedido el Título Profesional de Música en la especialidad de

VIOLA

MADRID a 8 de Julio de 2016

V.B.º EL/LA DIRECTOR/A,

EL/LA SECRETARIO/A,

(Sello del Centro)

Fdo.: CORAL QUEVEDO DE TORRES

Fdo.: LUIS Fco. PONCE DE LEÓN BARRAN

Don/Doña LUIS Fco. PONCE DE LEÓN BARRANCO
Secretario/a del Conservatorio C.R.M. ARTURO SORIA

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a: PALMA CIDAD PINTO ha superado los estudios de las enseñanzas profesionales de Música en la especialidad de VIOLA por lo que reúne las condiciones necesarias para que le sea expedido el TÍTULO PROFESIONAL DE MÚSICA.

MADRID a 19 de MAYO de 2015

V.B.º EL/LA DIRECTOR/A,

EL/LA SECRETARIO/A,

(Sello del Centro)

Fdo.: CORAL QUEVEDO DE TORRES

Fdo.: LUIS Fco. PONCE DE LEÓN BARRAN

PÁGINA 29



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Cofinanciado por el
programa Erasmus+
de la Unión Europea



JUANA AMORÓS, RESPONSIBLE FOR EUROPEAN PROGRAMMES AT THE INTERNATIONAL RELATIONS OFFICE OF UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

ACKNOWLEDGES:

That PAULA CIDAD PINTO, student in the Facultad de Odontología, was selected in the context of the ERASMUS SMS programme, as exchange student, for the academic year **2018/19** to attend the **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO I MILANO01**.

For an estimated stay period of: 5,00 months from 25/09/2018

The foreseen exchange accomplishes the requirements for studies leading to an Official Degree

In Madrid, 03 July 2018.



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**José Carlos de la Macorra García,
Decano de la Facultad de Odontología, informa que:**

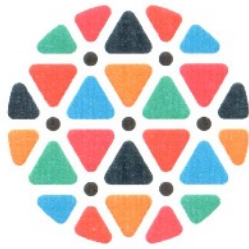
D^a. Paula Ciudad Pinto

adjudicataria de una Beca Erasmus+ y otras acciones de movilidad correspondiente al Curso Académico 2017-2018, ha sido beneficiaria de una cuantía económica en concepto de "Ayuda al Estudio" por las empresas

**LACER, S.A. y
BIEN-AIR ESPAÑA, S.A.U.**

Madrid, 16 de junio de 2018

Este documento tiene, exclusivamente, valor informativo



XVI CONGRESO SECIB

15 - 17 Noviembre 2018
Palma de Mallorca

Palacio de Congresos

CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN PÓSTER

Certificamos que,

PAULA CIDAD; Enrique Isasi; Paula González; Baoluo Gao; M. Chamorro

Han presentado una **Comunicación Póster** que lleva por título

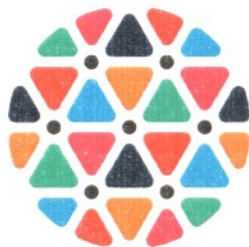
Cierre de fístula bucoantral con colgajo de bola adiposa de Bichat: a propósito de un caso

en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal celebrado en Palma de Mallorca, del 15 al 17 noviembre de 2018.
Para que así conste, a todos los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Palma de Mallorca, a diecisiete de noviembre de dos mil dieciocho.




Eduard Valmaseda Castellón
Presidente de la SECIB


Catalina Jaume Riera
Presidenta del Comité Organizador



XVI CONGRESO SECIB

15 - 17 Noviembre 2018
Palma de Mallorca

Palacio de Congresos

CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN PÓSTER

Certificamos que,

**ENRIQUE ISASI; Paula González; Paula Ciudad; Baoluo Gao;
Isabel Fernández-tresguerres; Jesús Torres**

Han presentado una **Comunicación Póster** que lleva por título

**Regeneración ósea guiada mediante aloinjerto en bloque customizado.
a propósito de un caso clínico.**

en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal celebrado en Palma de Mallorca, del 15 al 17 noviembre de 2018.
Para que así conste, a todos los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Palma de Mallorca, a diecisiete de noviembre de dos mil dieciocho.




Eduard Valmaseda Castellón
Presidente de la SECIB


Catalina Jaume Riera
Presidenta del Comité Organizador

**XII JORNADAS COMPLUTENSES, XI CONGRESO
NACIONAL INVESTIGACION ALUMNOS PREGRADUADOS EN
CC.DE LA SALUD Y XVI CONGRESO CC. VETERINARIAS Y
BIOMÉDICAS**

Hace constar que **D^a PAULA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**, matriculado/a el los estudios de Grado en Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, ha participado en dichas jornadas, celebradas y organizadas por la Facultad de Psicología los días 20, 21 y 22 de abril de 2017, mediante la **presentación** en la modalidad de Oral del trabajo titulado:

OSTEONECROSIS MAXILAR POR MEDICAMENTOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tutorizado por Prof^a ROCÍO CERERO LAPIEDRA
Prof. GERMÁN CARLOS ESPARZA GÓMEZ

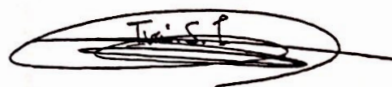
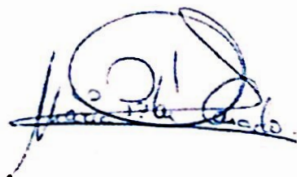
y del que también son autores:
D^a PAULA CIDAD PINTO

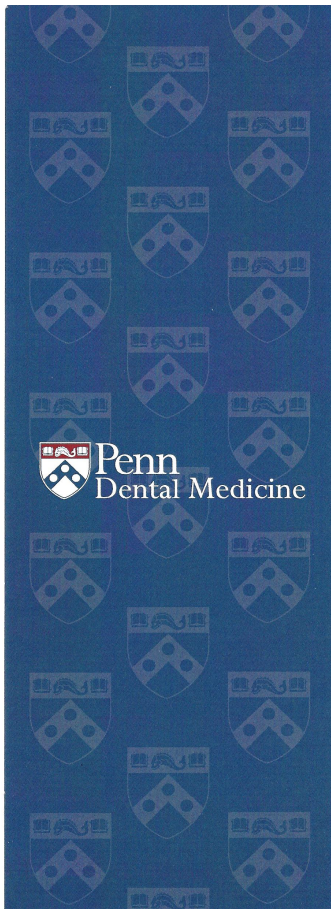
Y para que conste a los efectos oportunos firman en Madrid, a veintidós de abril de dos mil diecisiete, los coordinadores,



Prof^a. Dña M^a del Pilar Casado Martínez

Prof. D. Iván Sánchez Iglesias





PENN DENTAL MEDICINE

PRESENTS THIS CERTIFICATE OF COMPLETION TO

Paula Ciudad

SCHOOL OF DENTAL MEDICINE EXTERNSHIP
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA

September 5th to September 29th 2017


Syngcuk Kim, DDS, PhD, MD (Hon)
*Louis I. Grossman Professor Department of Endodontics
Associate Dean for Global Affairs & Continuing Education*



Robert Schattner Center
University of Pennsylvania
School of Dental Medicine
Office of Global Affairs and Continuing Education
240 South 40th Street
Philadelphia, PA 19104-6030
Tel 215-898-4616
<http://www.dental.upenn.edu>

September 29, 2017

To Whom It May Concern,

This is to certify that Paula Cidat participated in the exchange program between the University Complutense Madrid and the University of Pennsylvania School of Dental Medicine from September 5th to September 29th 2017. During this period she observed in the following clinics: Pediatrics, Periodontics, Oral Medicine, Oral Surgery, Endodontics, Orthodontics and Restorative.

Ms. Cidat showed a great interest in learning about dental education and practice in the United States and took every opportunity to learn about differences and similarities between the United States and Spain. Ms. Cidat was eager to learn about new dental techniques and modern technology, and observed at every occasion when these were being used. She was able to maximize the time that she was in the School of Dental Medicine.

We have been impressed with the seriousness and professionalism Ms. Cidat displayed during her visit and we wish her great success in her future endeavors.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "S. Kim".

Syngcuk Kim, DDS, PhD, MD (Hon)
Louis I. Grossman Professor Department of Endodontics
Associate Dean for Global Affairs & Continuing Education



VII Congreso Aeoc-M

Este diploma certifica que:

Paula Ciudad Pinto

Ha participado en el VII congreso de Aeoc-M,
en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense
de Madrid, celebrado los días 21, 22 y 23 de Marzo de 2019.

Madrid, 23 de Marzo de 2019

Elena Carbajo,
Vicepresidenta Congreso AEOC-M

Carmen de Sada
Vicepresidenta Congreso AEOC-M

Hu-Friedy



**XVI CONGRESO
SECIB**

15 - 17 Noviembre 2018
Palma de Mallorca
Palacio de Congresos

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

En favor de,

PAULA CIUDAD PINTO

Por su participación en calidad de **asistente** al XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal celebrado en
Palma de Mallorca del 15 al 17 de noviembre de 2018, con un total de 17,45 horas lectivas.

Palma de Mallorca, 17 de noviembre de 2018

 **SECIB**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
www.secibonline.com

Eduard Valmaseda Castellón
Presidente de la SECIB

Catalina Jaume Riera
Presidenta del Comité Organizador



SEPES PRIMAVERA

Otorga este diploma a

CIDAD PINTO, PAULA

por su asistencia al
CURSO SEPES PRIMAVERA
celebrado en Madrid el 19 de mayo de 2018

Prof. Dr. Jaime Gil
Coordinador

Dr. Nacho Rodríguez Ruiz
Presidente de SEPES

Dra. Ana Mellado
Coordinadora

*Sin
Límites*



La organización del VI congreso "Sin Límites"
Aeoc-M certifica que:

Paula Ciudad Pinto

Ha participado en calidad de **Congresista** en el VI
congreso "Sin Límites" llevado a cabo en la Universidad
Complutense de Madrid los días 22, 23 y 24 de Febrero

2018

Paula González
Co-Presidenta VI Congreso Aeoc-M

Baoluo Gao
Co-Presidente VI Congreso Aeoc-M

Eva Álvarez
Presidenta Aeoc-M



XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
II CONGRESO SECIB JOVEN • IV CONGRESO AVCIB • XV CONGRESO SELO

CERTIFICADO DE ASISTENCIA


En favor de,
PAULA CIDAD PINTO

Por su participación en calidad de **asistente** al XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal celebrado en Valencia el 16 de noviembre de 2017, acreditando un total de 17 horas lectivas.

Valencia, 18 de noviembre de 2017




María Peña-rocha Diago
Presidenta del Comité Organizador


Eduard Valmaseda Castellón
Presidente de la SECIB



Actividad acreditada por el Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Valenciana con **3,2 créditos**.

V CONGRESO AEOC-M

Construye tu futuro

Este diploma certifica que:
Paula Ciudad Pinto

Ha formado parte del comité organizador del V congreso de AEOC-M "Construye tu futuro", en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, celebrado el 23-24-25 de Marzo de 2017

En Madrid, a 25 de Marzo de 2017


Bauluo Gao
Presidente de Aeoc-M


Irene Lavin
Co-presidenta del congreso







María Castro Morera

Vicerrectora de Calidad de
la Universidad Complutense de Madrid

Hace constar que

Paula Ciudad Pinto

Alumna de la Facultad de Odontología de la UCM, ha participado como evaluadora de los “Proyectos Innovación” en la rama de conocimiento de Ciencias de la Salud, en la Convocatoria realizada por la Universidad Complutense de Madrid para el año 2017-2018.

Madrid, 13 de septiembre de 2017

Firma manuscrita en azul y sello circular de la Vicerrectoría de Calidad de la Universidad Complutense de Madrid.

VICERRECTORADO DE CALIDAD